



DEMANDE D'ACCRÉDITATION PRATICIEN



54 rue Ampère 75017 PARIS
Tél : 01 44 69 35 25
Fax : 01 44 69 31 05
info@crefident.com
www.crefident.com

Ma vie. Ma ville. Ma banque.

A transmettre par le conseiller LCL à Crefident pour obtention du numéro d'accréditation. Une fois retournée par Crefident avec numéro, à enregistrer au CEC.

Je soussigné, Docteur,

Nom : _____ Prénoms : _____

Date de naissance : _____ Ville de naissance : _____ Dépt. : _____

Adresse professionnelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Email : _____

Déjà accrédité en tant qu'étudiant : Oui Non NSP Si oui, n° d'accréditation : _____

Représentant légal des comptes :

Type	Nom ou raison sociale	Indicatif Agence	N° Compte	N° accréditation (A remplir par Crefident)
EI				
SELARL				
SCI				
SCP				
SCM				
Compte Part.				
Autre				

Demande :

- mon accréditation auprès de Crefident qui est enregistrée sous le numéro référencé ci-dessous
- à bénéficier des avantages, réservés aux accrédités Crefident, prévus dans le cadre du partenariat tripartite Crefident, LCL, Interfimo pour les produits et services souscrits au LCL.

Déclare :

- savoir que mon accréditation est obtenue à titre gracieux et à vie, quel que soit le nombre de comptes (pros/privés) détenus.
- savoir que les avantages réservés aux accrédités Crefident sont conditionnés par le versement de l'essentiel des recettes professionnelles (pour les comptes courants) et/ou des revenus privés (pour les comptes dépôts).
- accepter que Crefident, LCL et Interfimo se communiquent les informations du présent document et leurs modifications éventuelles.
- être informé que les données à caractère personnel figurant sur cette présente demande d'accréditation sont recueillies par LCL en qualité de responsable de traitement et seront transmises à CREFIDENT, qui les utilisera pour me référencer, conformément à ma demande.
- Conformément à la réglementation relative aux données personnelles, je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition (en cas de motif légitime), de limitation, à la portabilité pour les données me concernant que je peux exercer en m'adressant auprès de CREFIDENT, 54 rue Ampère à Paris 75017.
- Je reconnais par ailleurs avoir été informé que la politique LCL de protection des données personnelles est incluse dans les Dispositions Générales de banque, disponible sur le site www.lcl.fr ou sur simple demande auprès de mon agence LCL. »

N° D'ACCRÉDITATION PRATICIEN

A remplir par Crefident

Cachet de l'agence LCL

Fait à :
Le :
Signature du praticien

Cachet Crefident